年　　月　　日

播磨町保険課介護保険係　行

（FAX 079－435－0766）

（Mail hoken@town.harima.lg.jp）

**地域密着型サービス事業予定者公募に関する質問書**

以下のとおり質問を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 所在地 |  |
| 質問者氏名 |  |
| 連絡先 | TEL |  |
| FAX |  |
| 電子メール |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 質問内容 |  |